

THESE 145
POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE PAR

Mlle NICOLSKY

Née à SAINT-PÉTERSBOURG (Russie)

Evolution et Complications
DES
Fibro-myomes utérins

Président : M. le Professeur SEGOND

PARIS

LIBRAIRIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

OLLIER-HENRY

26, Rue Monsieur-le-Prince (VI^e Arr^e). (Anciennement 8, Rue Casimir-Delavigne)

1912



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41549921_0010

143

THESE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

THESE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE PAR

Mlle NICOLSKY

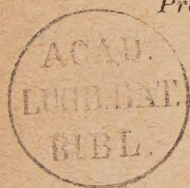
Née à SAINT-PÉTERSBOURG (Russie)

Evolution et Complications

DES

Fibro-myomes utérins

Président : M. le Professeur SEGOND



PARIS

LIBRAIRIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

OLLIER - HENRY

26, Rue Monsieur-le-Prince (VI^e Arr^e). (Anciennement 8 Rue Casimir-Delavigne)

1912

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

Doyen	M. LANDOUZY
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	CH. RICHET
Physique médicale	WEISS
Chimie organique et chimie générale	GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	ACHARD
Pathologie médicale	(WIDAL
Pathologie chirurgicale	TESSIER
Anatomie pathologique	X.
Histologie	PIERRE MARIE
Opérations et appareils	PRENANT
Pharmacologie et matière médicale	HARTMANN
Thérapeutique	POUCHET
Hygiène	MARFAN
Médecine légale	CHANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie	THOINOT
Pathologie expérimentale et comparée	LETULLE
	ROGER
	CHAUFFARD
	GILBERT
	DEBOVE
	LANDOUZY
	HUTINEL
	GILBERT BALLE
	GAUCHER
	DEJERINE.
	PIERRE DELBET
	QUENU
	RECLUS
	SEGOND
	DE LAPERSONNE
	X.
	BAR
	PINARD
	RIBEMONT-DES
	SAIGNES
	POZZI
	KIRMISSON
	A. ROBIN

Agrévés en exercice

MM.			
BALTHAZARD	DESGREZ	LECÈNE	OMBREDANNE
BERNARD	DUVAL PIERRE	LENORMANT	PROUST
BRANCA	GOUGEROT	LEQUEUX	RATHERY
BRINDEAU	GRÉGOIRE	LERI	RETTERRER
BROCA ANDRÉ	GUENIOT	LCÉPER	RICHAUD
BRUMPT	GUILLAIN	MACAIGNE	ROUSSY
CAMUS	JEANNIN	MAILLARD	ROUVIERE
CARNOT	JOUSSET ANDRÉ	MORESCIN	SCHWARTZ
CASTAIGNE	LABBE MARCEL	MULON	SICARD
CHEVASSU	LANGLOIS	NICLOUX	TERRIEN
CLAUDE	LAIGNEL-LAVASTI-	NOBECOURT	TIFFENEAU
COUVELAIRE	NE	OKINCZYC	ZIMMERN

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA GRAND'MÈRE

A MA MÈRE



A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR PAUL SECOND

Professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté
de Médecine de Paris

Membre de l'Académie de Médecine

Chirurgien des Hôpitaux

Chevalier de la Légion d'honneur

Introduction

L'étude d'un certain nombre de cas de fibromes utérins compliqués que nous avons observés dans le service de notre maître, M. Tuffier, nous a amené à faire de nombreuses lectures sur l'évolution des fibromes. Nous avons pensé qu'il y avait intérêt à grouper dans notre travail inaugural ce que nous avons vu au point de vue clinique et microscopique et ce que nous avons sur l'histoire naturelle de fibromes et à établir un catalogue complet des possibilités d'évolution du fibrome pour y encadrer nos cas.

Nous n'avons pas cru devoir, malgré leur intérêt, traiter les complications obstétricales des fibromes, quoiqu'ayant rencontré, au cours de notre stage chez M. le professeur Potoki, un certain nombre de fibromes, et ayant lu le travail de Piquand et Lemeland et la thèse récente de Netter.

Nous tenons à remercier MM. Masselot et Vignes, internes des hôpitaux, pour les conseils qu'ils nous ont donnés et les nombreuses indications qu'ils nous ont fournies.

Histoire anatomique du fibrome non compliqué

Les fibro-myomes sont formés de fibres musculaires, ils ont un début périvasculaire (loi de Kleinwächts), ils sont de nature irritative (loi de Virchow) et, sans doute, cette irritation reconnaît une cause microbienne (Recherches de Galippe et de Kollmann).

Ils se développent en général autour des capillaires qui sont creusés à même le tissu utérin et qui n'ont d'autre paroi qu'une rangée de cellules endothéliales, plus rarement autour de vaisseaux de calibre supérieur. Lorsqu'on enlève pour affection utéro-annexielle un utérus fibrogène, c'est-à-dire renfermant de petites nodosités, au début, on voit autour d'un certain nombre de ces petits vaisseaux une *couronne* de cellules rondes (qui ultérieurement se transformeront en cellules fusiformes), entourée d'une zone fibreuse dépourvue de cellules nucléées qui isole cette prolifération des faisceaux voisins.

Cette couronne s'accroît rapidement : en certains points de sa périphérie on voit des amas cellulaires effilés, les points d'accroissement de Pilliet, qui ne tardent pas à se creuser de néocapillaires, centre d'une nouvelle zone de prolifération.

Entre ces points la multiplication cellulaire continue. Cependant, le cercle fibreux repoussé par l'extension de la tumeur se trouve aminci. La tumeur peut ainsi croître et atteindre le volume des fibromes qu'enlèvent les chirurgiens, et on a pu en rencontrer de volume énorme, témoin ce fibrome qu'enleva Guinard et qui pesait 33 kilos. Cet accroissement se fait lentement (sauf complications), la prolifération cellulaire étant modérée.

Dans un petit nombre de cas, on enlève des utérus fibrogènes qui présentent des caractères différents : la muqueuse est atrophiée, les faisceaux musculaires sont petits, il y a beaucoup de tissu conjonctif, les couronnes proliférantes sont rares. Ce n'est plus un utérus enflammé, c'est un utérus scléreux qui nous marque la fin du processus fibrogène sans fibrome. Dans d'autres cas, au contraire, on observe des fibromes qui, sans intervention et en dehors de la ménopause restent stationnaires.

Les fibro-myomes, avons-nous dit, sont de nature inflammatoire. En effet nous en retrouvons des marques dans tout l'appareil génital. Il existe des dilatations glandulaires de la muqueuse utérine et de l'infiltration interglandulaire de cellules rondes et d'autre part de l'hypertrophie vasculaire : en-

do-métrite catarrhale et interstitielle. Il existe, nous le savons, de la périvascularite. Il y a une légère congestion des couches sous-péritonéales.

Enfin, nous verrons que très fréquemment et même au point de vue histologique, d'une façon constante, il existe des altérations tubaires et ovariennes, et l'on sait que fréquemment, au niveau de la corne utérine, l'inflammation de la trompe détermine la formation des myomes péritubaires.

D'autre part, l'examen du sang montre toujours une légère leucocytose.

Tout ce travail inflammatoire est vraisemblablement de cause microbienne et la couronne de cellules rondes qui est le premier aspect du fibrome, n'est qu'une réaction de l'utérus à une infection atténuée, subaiguë, et d'ailleurs non spécifique. Cette infection pourrait aussi avoir son point de départ dans la muqueuse utérine et l'on connaît le cas de Legueu et Marien dans lequel ces auteurs observèrent une prolifération fibromateuse qui avait commencé autour des culs de sac glandulaires.

Évolution morphologique. — Les fibro-myomes interstitiels sont ceux qui se développent en plein tissu utérin, séparés de la coque utérine par une capsule de tissu conjonctif lâche, qui joue le rôle d'une bourse séreuse.

Les fibres-myomes sous-muqueux ont une évolution naturelle du côté de la moindre résistance et prenant point d'appui sur le muscle utérin, ils proé-

minent sous la muqueuse où primitivement sessiles ils ne tardent pas à se pédiculiser d'autant mieux que les contractions musculaires tendent à les chasser. La tumeur entraîne la muqueuse amincie et atrophiée jusqu'à être complètement disparue dans les gros polypes.

Les fibro-myomes sous-péritonéaux ont une évolution analogue du côté sous-péritonéal, mais moins marquée. En effet, ces tumeurs ont un accroissement plus lent, parce que situées dans une zone de vitalité moins active et parce que donnant moins de prise aux contractions d'énucléation du muscle utérin.

A toute cette histoire anatomique correspond un tableau clinique très peu net. Le fibrome a peu de signes fonctionnels et il constitue une trouvaille opératoire ou nécropsique, ou tout au plus une infirmité légère.

L'état normal du fibrome est la latence.

Rapports des fibromes et de la ménopause. -- Les fibromes se développent surtout de 30 à 40 ans et régressent avec la ménopause, dans un grand nombre de cas. Il résulte pourtant des statistiques de ces dernières années que cette influence de la ménopause est loin d'être constante.

L'on observe en effet souvent: 1^o le retard indéfini de la ménopause Kleinwachts chez 67 o/o des fibromateuses a vu la ménopause retardée jusqu'après

la cinquantaine et chez 11 o/o seulement des femmes normales ; 2^o la persistance des troubles fonctionnels et de l'accroissement du fibrome après la ménopause ; 3^o une aggravation des symptômes due en général à une des dégénérescences que nous étudierons dans le prochain chapitre ; 4^o on a même vu des fibromes ne donner des signes qu'après la ménopause. C'est ainsi que Walter a enlevé un fibrome qui présentait un accroissement rapide vingt ans après la ménopause.

Le professeur Winter (de Königsberg) a publié sur ce sujet une statistique intéressante. Il a vu 61 malades à la ménopause atteintes de fibromes : 26 venaient pour des troubles sans rapport avec le fibrome, 4 avaient un cancer développé dans un utérus fibromateux, 29 avaient des symptômes liés à l'évolution du fibrome (9 polypes, 4 dégénérescences sarcomateuses, 2 torsions, 6 métrorrhagies, 8 augmentations de volume), 2 continuaient à présenter les mêmes troubles qu'avant la ménopause. Aussi conclut-il que, si dans la majorité des cas la ménopause arrête l'évolution anatomique et clinique des fibromes, il existe de très nombreuses exceptions à cette règle.

Karl Kober, assistant de Pfauneustiel (de Giessen) est plus pessimiste et parle de l'influence illusoire, sinon néfaste de la ménopause. Eastmann également considère la ménopause comme un élément d'aggravation. Il semble qu'il importe d'établir une distinction entre l'évolution normale et l'évolution pathologique du *parasite fibrome*. Le fibrome nor-

malement régressé avec la ménopause. Il semble que l'infection qui lui a donné naissance ne préside pas à son développement et que ce noyau inflammatoire aussi banal qu'une fistule à l'anus, ne s'accroisse que sous l'influence d'un excitant spécifique d'ordre génital. Tridoudani attribuait l'hyperplasie périvasculaire origine des fibromes à une irritation venue de l'ovaire. Rillet avant lui avait signalé des fibromes avec très gros corps jaunes mais il pensait que la congestion pelvienne due au fibrome était la cause de cette hypertrophie du corps jaune et il notait dans ces cas des métrorragies particulièrement abondantes. Tout récemment Seitz a publié une importante étude où il considère les hormous ovariens comme cause d'accroissement des myomes et vraisemblablement hormous secrété par l'ovaire plus ou moins altéré. Il fait d'ailleurs la réserve qu'il manque à sa théorie une preuve expérimentale et il convient en effet de se rappeler que fréquemment ainsi que nous le verrons, les altérations ovariennes sont secondaires quoiqu'il en soit on conçoit que si l'hormous ovarien a un rôle dans l'accroissement, la ménopause soit un facteur d'atténuation et de se fait, la radiothérapie qui est fondée sur ce principe a pu enregistrer un certain nombre de succès.

Si au contraire nous nous plaçons au point de vue clinique, nous voyons que la ménopause ne change rien aux indications opératoires. Il ne faut pas compter sur elle en cas d'un fibrome qui détermine des

accidents car c'est en général sur ceux-là qu'elle n'a aucune action et c'est dans ceux-là qu'elle est retardée, et si l'on n'a pratiqué aucune intervention, il faudra au moment de la ménopause imposer des examens fréquents. Si le fibrome se révèle au moment de la ménopause, il faudra poser, encore plus nettement l'indication opératoire, parce qu'il s'agit le plus souvent de dégénérescence.

Dégénérescences — Sous le nom de dégénérescence on désigne une série de modifications anatomiques de la trame des fibro-myomes utérins qui ne sont pas toujours possible à diagnostiquer, mais qui déterminent une modification de l'évolution rarement favorable, d'où leur importance. Ce sont les maladies du fibrome, alors que les autres complications locales sont les maladies de l'utérus fibromateux ou des annexes. Piquand trouve 30 dégénérescences sur 100 fibromes et sur 100 dégénérescences :

33 dégénérescences fibreuses		
10	—	calcaires.
25	—	oedémateuses.
6	—	sarcomateuses.
9	—	épithéliomateuses.
4	—	nécrobiotiques.
3	—	par suppuration.
3	—	par gangrène.
7	—	fibro-kystiques.

La statistique d'Eastmann est également intéressante, sur 169 fibromes, il en trouve :

- 31 qui sont dégénérés.
- 10 — gangrène.
- 1 — sarcome.
- 1 — suppuration.
- 2 dég. calcaires.
- 3 dég. myxomateuses.
- 3 adéno-épithélioma.
- 4 télangiectasiques.
- 7 kystiques.

La dégénérescence fibreuse se caractérise par une consistance très dure du fibrome, un aspect nacré et la perte de la disposition lobulée habituelle des fibromes. Elle débute par le centre ou par la périphérie et peut elle-même se compliquer de dégénérescence calcaire, œdémateuse et cartilagineuse (soupçonnée, jamais vérifiée) ou de nécrose, débutant au centre par une tache brune ayant l'aspect ou la consistance de caoutchouc. Les fibromes fibreux sont de volume petit ou moyen et ont peu de signes. Ils sont parfois douloureux et hémorrhagiques, les plus petits d'entre eux peuvent subir une régression complète.

La dégénérescence calcaire, étudiée par Guibé, est très fréquente à l'autopsie (Cruveiller), rare à l'opération (Pozzi). C'est dire qu'elle est assez bénigne. On la trouve dans 3 o/o des cas opérés. C'est comme la dégénérescence fibreuse, un accident

d'après la ménopause. On la rencontre surtout dans les fibromes sous-séreux ou interstitiels, moins bien irrigués que ceux qui sont en contact avec la muqueuse richement vasculaire. Leur volume est variable, en général petit ou moyen. La calcification est à début central ou périphérique ; elle détermine à la surface la formation de rugosités qui peuvent offenser les tissus. Elle succède à la transformation fibreuse ou plus rarement à l'infiltration directe des fibres musculaires. Elle est due à un excès de sels de chaux peu solubles dans le sang. Les fibromes calcifiés ont souvent une évolution latente, le plus souvent ils ne se distinguent pas d'un fibrome ordinaire. Quelquefois, ils ont une symptomatologie spéciale. Ils sont très douloureux, intolérables, (Guibé, Piquand, Dartigues), parce que par leur poids ils tiraillent les nerfs ou les compriment, et par leurs irrégularités, ils offensent les tissus. Ils ont des symptômes de compression. Les métrorrhagies réapparaissent. Il y a souvent évacuation de calculs utérins et des écoulements purulents par péri-myomite. A l'examen, on les perçoit durs et pesants. De par l'infection qu'ils déterminent en tant que corps étranger, ils peuvent déterminer la cachexie ou une suppuration utérine et péri-utérine grave (Bernard) de par leur poids, de la compression de l'uretère. On pourra les diagnostiquer outre leur poids, l'expulsion du calcul et la radiographie (Dartigues) par leur évolution : fibrome donnant des douleurs et des signes de compression sans avoir augmenté de volume.

La dégénérescence œdémateuse a été particulièrement étudiée par Piquand dans son travail sur les dégénérescences des fibromes. Pour cet auteur elle est très fréquente et un grand nombre de cas étiquetés transformation sarcomateuse sont des dégénérescences œdémateuses. On l'observe surtout dans les fibromes sous-péritonéaux et en particulier les fibromes du fond. C'est une complication des gros fibromes, le plus souvent d'un fibrome unique. La tumeur est lisse, rosée, vasculaire, avec à la coupe des zones gelée de pommes qui, plus tard donneront des géodes. Cet aspect macroscopique a été attribué à une dégénérescence myxomateuse (Pilliet), sarcomateuse (école de Lyon), à une dilatation des vaisseaux lymphatiques, à de l'œdème par ralentissement du cours du sang (Cruvillier). Elle se traduit par un accroissement rapide de la tumeur, du ramollissement, des troubles gastriques et cardiovasculaires, et fréquemment de la cachexie (Vauhin). La mollesse crée une certaine difficulté opératoire.

La dégénérescence télangiectasique est rare, extrêmement rare. Elle se caractérise par une dilatation des gros vaisseaux et une abondante néoformation capillaire. Elle se traduit par de l'augmentation de volume, de la pseudo-fluctuation, un souffle sus-pubien, des alternatives de développement et de régression (signe de Virchow).

La dégénérescence sarcomateuse serait très fréquente pour Pilliet (50 o/o), si on examine avec soin

les fibromes qu'enlèvent les chirurgiens, c'est-à-dire ceux qui par leurs symptômes de douleur, d'hémorrhagies, d'accroissement rapide sont des indications à l'opération.

Sur des fibromes en voie de dégénérescence fibreuse, il a trouvé des points sarcomateux.

Enfin un assez grand nombre de gangrènes et géodes seraient d'origine sarcomateuse. Siredey et H. Petit pensent que tout fibrome qui grossit après la ménopause est suspect de sarcome. Pour Piquand, dont le travail minutieux et personnel a porté sur toutes les dégénérescences, il y aurait exagération, et on a souvent pris au microscope des zones inflammatoires ou de la dégénérescence oedémateuse pour du sarcome. C'est une éomplication des fibromes interstitiels et des polypes. La tumeur est rouge foncée, parfois il y a plusieurs sarcomes. Les adhérences sont fréquentes ; les sarcomes de l'ovaire concomitants sont fréquents. Les métastases seraient rares (Toupet et Leuret), on n'en connaît que deux cas (noyaux pulmonaires). La transformation sarcomateuse évolue en trois période : 1^o fibrome ; 2^o accroissement rapide, changement de consistance, augmentation des phénomènes fonctionnels ; 3^o envahissement et la cachexie. L'accroissement présente ce caractère de se faire à la fois du côté du bassin et du côté de l'abdomen. Il détermine de l'oedème, des dilatations veineuses de la paroi, de la douleur. L'état général

reste bon et la cachexie est plus longue à venir que dans le cancer.

La dégénérescence épithéliomateuse a été très étudiée dans ces dernières années. Elle peut se présenter sous des aspects différents : tantôt un fibrome est envahi par un épithélioma utérin — ou ovarien — tantôt il y a envahissement par métastase (cas de Bender et Lardennois, cancer primitif du sein), enfin il peut y avoir dégénérescence de l'épithélioma d'un adéno-fibrome. On désigne sous ce nom des fibromes contenant des lacunes bordées d'épithélioma d'origine Wolfienne (Recklinghausen) Müllerienne (Ferroni y a observé l'apparition d'éléments déciduaux au cours d'une grossesse tubaire), ou muqueuse (Legueu et Marien). Mais à côté de ces faits il faut signaler le problème plusieurs fois débattu depuis 10 ans à la société de chirurgie de coexistence de ces deux affections, surtout sur l'initiative de M. Richelot.

D'après cet éminent chirurgien, l'utérus fibromateux n'est pas seulement un terrain sur lequel peuvent pousser des tumeurs malignes, il est le terrain sur lequel elles poussent et il existe une série ininterrompue de faits entre l'utérus scléreux de moyen volume, l'utérus géant, fibromateux sans fibrome, l'utérus avec fibrome, l'utérus cancéreux. L'hyperthrophie glandulaire qu'on observe dans le fibrome la fausse-métrite à type adénomateux, marque la tendance à la néoplasie épithéliale. M. Richelot et un certain nombre d'auteurs ont rapporté un assez

grand nombre de cas soit d'association de myome et d'épithélioma, d'un diagnostic délicat si l'attention a été attirée par un signe d'importance notoire sur le seul fibrome — soit de dégénérescence du col après subtotalité pour fibrome. M. Bazy a même rapporté un cas de cancer de la paroi vaginale après une totale pour fibrome. La plupart des membres de la société de chirurgie ont pensé qu'il n'y avait là qu'une coïncidence et notre maître M. Tuffier a bien insisté sur ce que la fréquence relative de l'association fibrome-épithélioma est bien minime en face de la très grande fréquence du fibrome, — et que l'association du cancer et du fibrome chirurgical est une rareté. Il convient toutefois comme M. Ricard y a insisté d'étudier soigneusement les érosions du col en concomitance avec un fibrome du corps.

Nous ne disions qu'un mot des dégénérescences kystiques, — groupe non homogène — en rapport avec l'œdème, le sarcome, l'adéno-fibrome — caractérisé par un développement rapide avec des phénomènes péritonéaux et des troubles de compression — et nous aborderons les complications infectieuses.

Il convient à ce propos de bien classer les faits, et il faut distinguer le tableau anatomo-clinique du fibrome infecté et suppuré et du fibrome gangrené. Mais au préalable il nous faut décrire le fibrome en nécrobiose aseptique, dégénérescence non signalée par Piquand et que Sitzenfrey en Allemagne et Lecène en France viennent de mettre en lumière

Sitzenfrey étudiant au point de vue bactériologique les fibromes fébriles, eut un résultat positif dans six cas négatif dans 7 cas, où il constata une nécrose totale ou partielle aseptique.

M. Lecène a décrit cette forme en détail. Il s'agit de fibromes bien encapsulés, leur couleur est lie de vin, leur consistance normale; ils présentent des cavités avec du liquide puriforme aseptique, l'odeur est nulle; les lésions histologiques sont celles de la nécrobiose sans inflammation. Cliniquement on observe une fièvre continue modérée en rapport avec la résorption des éléments nécrosés. Un fibrome ainsi dégénéré est une proie facile pour l'infection. Toutes les dégénérescences, en particulier la dégénérescence calcaire et la dégénérescence œdémateuse d'ailleurs prédisposent à l'infection, la torsion également et aussi la grossesse, l'accouchement et l'avortement. Cette complication s'observe chez les femmes jeunes (grossesse : Th. Guéry) et aussi aux abords de la ménopause (nécrobiose par troubles circulatoires, Riquand). Elle serait due pour Claisse à un réveil de la virulence de l'agent pathogène du fibrome — ou plus vraisemblablement à une intervention gynécologique ou obstétricale septique — à une infection par voie sanguine, par une collection purulente pelvienne ou par voie ascendante. Il convient dans les infections des fibromes après l'accouchement de distinguer avec M. Quénu le pronostic des fibromes in-

fectés dans leur trame et des infections purement cavitaires.

L'agent de la suppuration est le streptocoque, le staphylocoque, le coli.

La suppuration débute soit par le centre du fibrome, soit par la capsule cellulaire.

Elle a parfois une évolution remarquablement latente. D'autres fois, elle se révèle par de la fièvre (38°5) le soir, de l'amaigrissement, de la douleur spontanée et provoquée et quelquefois de l'écoulement de pus. L'écoulement de pus vidant l'abcès peut constituer un mode de guérison ; d'autres fois, il y a une série de débâcles. On peut observer des phénomènes de pyohémie et de septicémie, l'ouverture dans un viscère ou dans le péritoine. Le pronostic spontané et opératoire est grave.

Lecène, sur une série de 95 fibromes a observé un cas à coli-bacille par adhérences intestinales contenant du pus fécaloïde ayant eu des accidents fébriles et de la fièvre à grandes oscillations.

F. C. Archambault et Richard et M. Pearce ont observé un cas très rare d'infection tuberculeuse d'une adénomyome.

Enfin, les fibro-myomes peuvent subir la dégénérescence gangréneuse ou putride, surtout les fibromes sous-muqueux ou les polypes (Piquand, Lecène). Elle se développe sur les tissus préalablement mortifiés, sans défense, qu'on retrouve à l'examen histologique, pénétrés par des trainées de microbes sans qu'il y ait autour d'elle aucune réaction.

Cette forme se traduit par des douleurs, de la fièvre à grandes oscillations, de la cachexie et des écoulements purulents qui peuvent en imposer pour un cancer ou pour une inversion en voie de sphacèle.

Si nous résumons cette étude des dégénérescences, nous voyons que le pronostic en est variable, mais que toujours elles comportent un trouble grave de la vascularisation ou de la nutrition et que, puisque ce sont des accidents de la ménopause, on peut considérer qu'un fibrome à opérer doit être opéré avant cet âge critique.

Lésions utéro-annexielles — Les lésions utéro-annexielles au cours de l'évolution des fibromes utérins sont multiples, et leur importance est considérable, car elles expliquent un grand nombre de symptômes et de complications des myomes de l'utérus.

Elles se répartissent en 4 grands groupes :

- 1) Lésions utérines ;
- 2) Lésions de la trompe ;
- 3) Lésions de l'ovaire ;
- 4) Lésions du ligament large.

Nous les étudierons isolément, mais il est bien entendu qu'elles se combinent le plus souvent comme les différentes altérations des voies urinaires se combinent au cours de l'évolution de l'hypertrophie prostatique.

Les lésions utérines sont en grande partie conditionnées par l'hypertrophie musculaire. Cette hypertrophie est considérable, même quand le fibrome est petit, elle porte sur le corps et sur le col utérin.

Sur le corps elle amène en première ligne un agrandissement notable de la cavité utérine. C'est ainsi que l'augmentation de longueur de celle-ci peut arriver à 12, 15, 20 centimètres. Elle sera facile à constater par l'hystérométrie et son importance clinique est de premier ordre puisque la grossesse seule peut amener un agrandissement analogue. Celui-ci est parfois difficile à mesurer, lorsque le noyau fibromateux fait saillie dans la cavité utérine, la coude et la déforme. D'ailleurs cette augmentation n'est pas nécessairement proportionnelle à l'importance des masses fibromateuses. L'agrandissement de la cavité utérine favorise le développement de l'endométrite. Celle-ci est caractérisée surtout à l'examen microscopique par l'intense vascularisation de la muqueuse. Il est facile d'en déduire l'importance du rôle que joue cette endométrite dans la pathogénie des hémorragies des fibromes utérins, quoi qu'il en soit l'hypertrophie musculaire n'est pas la seule lésion utérine observée. On remarque en effet le développement très accentué du système circulatoire dans l'utérus fibromateux et il n'est pas rare de noter, lorsqu'on les coupe, de véritables lésions de métrite interstitielle.

Les poids du fibrome utérin et les lésions hyperpla-

siques qu'il provoque s'ajoutent pour troubler gravement la statique de l'utérus.

Rarement le déplacement de l'utérus s'opérera vers le bassin attirant à lui la vessie ; plus souvent le corps utérin est attiré ou refoulé dans une direction variable qui dépend de deux facteurs : le point d'origine de la tumeur, le sens de son développement.

Parfois, la mauvaise qualité des tissus composant le périnée permet à l'utérus fibromateux de se prolaber, mais le fait n'est pas très fréquent et chose paradoxale, en apparence, il faut pour que le prolapsus soit possible que le fibrome soit peu volumineux. En effet, lorsque la tumeur prend un développement trop considérable, elle quitte le pelvis, déborde dans le grand bassin et attire vers le haut le col et le vagin si bien que l'orifice utérin peut être inaccessible au doigt. Le corps de l'utérus n'est pas seul intéressé lors du développement des fibromes, le col également présente de notables modifications. Cela se produit, à vrai dire, surtout lorsque le fibrome se développe dans le col. Il peut ainsi amener une énorme hypertrophie cervicale si bien que l'on arrive, dans certains cas, à observer un allongement et une augmentation considérable du volume du col utérin. J.-L. Faure et Siredey en donnent dans leur traité un exemple remarquable.

Habituellement les lésions sont plus discrètes et l'on a ou bien un allongement des lèvres du col ou une saillie sous une muqueuse du fibrome qui, visiblement, devient polype.

Il nous faut, maintenant, examiner le cas où les fibromes se développent dans la petite portion sus vaginale du col. C'est surtout en arrière que s'opère leur développement, ils soulèvent de douglas en comprimant le rectum ou tendent à dédoubler la ligament large à sa base. Le col, comme le corps, subit l'influence des déplacements utérins. Il n'y a rien de spécial à noter sauf le fait que lorsque l'utérus ascensionne dans le bassin, le col s'allonge et s'amincit.

Il nous reste, pour être complet, à mentionner deux phénomènes utérins fort rares qui ont été signalés au cours de l'évolution des fibromes : la torsion de l'utérus et le pyomètre.

La torsion de l'utérus fibromateux a été étudiée surtout par M. Rotherat (Soc. Chirurgie. 8 juin 1910), et M. Tchohadjitch dans la thèse qui lui a été inspirée par MM. Rotherat et Vignes (Piquand et Hemeland, Vautrin).

L'observation rapportée par M. Rotherat à la Société de Chirurgie, un cas de torsion d'un utérus fibromateux qui avait déterminé la formation d'une énorme collection de 6 à 7 litres de sérosité sous-capsulaire. La torsion s'observe surtout dans le cas de tumeurs ayant amené par leur développement une élongation du fond de l'utérus ou encore dans les cas du fibrome pédiculé ayant entraîné l'utérus dans sa torsion, le fibrome s'engage dans la filière pelvienne comme la tête du fœtus au moment de l'accouchement. Ce mécanisme ne peut s'observer

que dans les cas où la paroi abdominale est résistante et forme une sangle inextensible. La torsion se fait à l'isthme, elle est le plus souvent de 120°, mais quelquefois l'utérus fait plusieurs tours sur lui-même. Il s'ensuit une extravasation sanguine, de l'œdème, un arrêt de la circulation qui tôt ou tard aboutit à la nécrose. Nous étudierons la symptomatologie de cet accident au chapitre des complications.

Quant au pyomètre c'est, on le conçoit, une complication fort rare. M. Rotherat en a cité un cas à la Société de Chirurgie, en 1903, mais il n'a pu en fournir une pathogénie précise. Il n'y avait, en effet pas de dégénérescence du fibrome, pas d'abcès de la paroi, pas de salpingite.

La trompe et les ovaires sont également souvent intéressés dans les cas de fibromes utérins. Les lésions ont été parfaitement étudiées par Constantin Daniel dans la « Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale » (1903).

En nous plaçant dans le cas de fibromes non dégénérés, nous constatons des lésions qui varient depuis l'hypérémie simple de la trompe jusqu'au pyosalphynx, depuis l'ovarite chronique jusqu'à la suppuration ovarienne, entre les termes extrêmes se placent des lésions de gravité intermédiaire qui, pour la trompe, sont l'hyperplasie, l'inflammation catarrhale, la salpingite kystique, la salpingite purulente non kystique qui, pour l'ovaire, sont des lésions atrophiques portant sur l'épithélium germina-

tif, les corps jaunes, les dégénérescences kystiques des ovaires.

La première idée, que cet ensemble de lésions éveille dans l'esprit, est que le fibrome favorise les infections par voie muqueuse qui amènent secondairement les réactions chroniques ou les lésions aiguës suppuratives.

C'est là l'opinion de Wydes. Mais Cornil, Doleris ont montré qu'il ne s'agissait pas de métrite à proprement parler mais de fausse métrite par hyperplasie muqueuse et glandulaire ; fait capital il n'y a pas d'infiltration leucocytaire comme il s'en produit chaque fois qu'une muqueuse est atteinte par une injection microbienne. D'ailleurs Wertheim et Döhrlein ont montré qu'il n'y avait pas de bactéries. Quoiqu'il en soit l'infection n'est pas douteuse dans les cas de lésions suppuratives des annexes. Elle est favorisée par les troubles circulaires (augmentation de volume des artères et des veines qui vont ou qui partent de l'utérus fibromateux, lésions des veines du bassin). Ces altérations vasculaires sont dues soit à la compression, soit à une activité circulatoire spéciale. Peut-être, comme le veut la théorie mécanique ces troubles circulatoires jouent-ils un rôle prépondérant dans certains cas, pour ce qui est des ovarites chroniques, la chose est vraisemblable. On trouve en effet des lésions de sclérose testiculaire dans le cas de varicocèle, il est logique d'attribuer au varicocèle pelvien des lésions de sclérose ovarienne. Mais il ne peut bien entendu dans les cas de

suppuration annexielle qu'ètré question du rôle favorisant des troubles circulatoires. De même les lésions de la muqueuse utérine favorisent l'infection.

Certains auteurs ont tourné la difficulté de ce problème pathogénique en supposant que les fibromes ne se développaient que sur des utérus altérés et en partie altérés par des lésions annexielles. Cette hypothèse mérite d'être signalée pour son ingéniosité. De même, nous ne pouvons que mentionner la théorie de Richelot qui invoque la diathèse fibromateuse pour expliquer les lésions utéro-annexielles observés au cours de l'évolution des fibromes utérins.

A côté des lésions habituelles que nous avons citées plus haut, il existe une série de lésions moins fréquentes. C'est ainsi que l'on pourra observer de l'hématosalpinx. Ceci se voit surtout dans les cas de fibromes développés au niveau des cornes utérines.

Le fibrome développé au niveau d'une corne utérine favorise aussi la production de grossesse tubaire. M. Morestin a rapporté en novembre 1900 à la Société anatomique un cas de grossesse tubaire rompue, particulièrement intéressant. On observait, en effet, plusieurs fibromes sur l'utérus, l'un de ceux-ci siégeait sur la corne utérine du côté ectopique. Il était prolabé en arrière et coudait la trompe. Il ne semble donc pas qu'il n'y ait eu que coïncidence dans ce cas.

On peut constater enfin avec des fibromes utérins des lésions de tuberculose annexielle, un kyste de l'ovaire. Cette dernière affection se montre dans 4,28 o/o des cas dans la statistique de Monod, c'est-à-dire 30 fois sur 700 cas. Il y a donc là plus qu'une simple coïncidence.

Lorsque le fibrome utérin est altéré, les lésions utéro-annexielles sont encore plus variées.

Si nous laissons de côté les lésions suppuratives que nous retrouvons encore ici, nous mentionnerons les cas de gigantisme annexiel observé par Mermet au cours de dégénérescence sélangiectasique, les cas de dégénérescence maligne des fibromes avec retentissement sur les annexes. C'est dans ces conditions que Barnes a signalé des noyaux épithéliomateux entourant un fibrome et un kyste de l'ovaire avec tendance à la prolifération. C'est ainsi encore que Bonglé a signalé une propagation secondaire aux annexes d'un fibrome dégénéré.

La gangrène du fibrome ne retentit sur les annexes que si elle est septique.

La torsion du fibrome n'amènent que peu de lésions annexielles.

Nous avons vu successivement l'état de l'utérus, de la trompe de l'ovaire au cours de l'évolution des fibromes. Il nous reste à envisager l'état du ligament large.

Nous avons déjà mentionné la dilatation des artères se rendant à l'utérus, le varicocèle pelvien, les lésions des parois des veines du bassin et des membres. Il nous faut à nouveau revenir sur le varicocèle

pelvien. Celui-ci est important tant par le nombre des veines intéressées que par leur volume.

On sait l'importance de la tunique veineuse de l'utérus, on connaît d'autre part les volumineux plexus utérins qui s'encastrent dans les parois de l'organe, les plexus utéro-ovariens, le riche lacis veineux de la base du ligament large, on comprend donc l'importance des troubles circulatoires observés dans les cas de fibromes utérins, troubles d'autant plus faciles à réaliser que physiologiquement l'activité circulatoire augmentée dans d'énormes proportions au moment des menstruations, de la gestation, etc. L'intérêt de ces notions est double, pathogénique, nous avons envisagé le point plus haut, clinique, car on peut ainsi comprendre la fréquence des accidents de phlébite, d'embolie, suivant l'ablation des fibromes utérins alors que ces phénomènes s'observent si rarement après une hystérectomie pour salpingite.

Mais ce ne sont pas là les seules altérations observées au niveau du ligament large. Il se trouve dans le mésovarium un nombre assez considérable de débris embryonnaires, dont les plus connus sont l'épophore, le paroophore. Or ces organes présentent souvent une exaltation d'activité sous l'influence de la circulation plus active.

M. le professeur Pozzi a insisté sur les petites vésicules transparentes qu'on peut trouver dans le ligament large au cours des hystérectomies pour fibromes. Ces kystes sont sans intérêt chirurgi-

cal, mais il n'en est pas de même des kystes Wolffiens ou parovariens, des kystes du pavillon de la trompe ou Mülleriens qui peuvent acquérir une grande importance.

Enfin dans les cas de fibromes on peut observer des tumeurs solides du ligament large, il s'agit souvent dans ces cas de propagation du fibrome dans le ligament.

Nous n'insistons pas sur la symptomatologie des lésions utéro-annexielles et ligamentaire que nous venons de décrire, ici l'on aura les signes d'une annexite, là ceux d'un kyste enclavé dans le ligament large, etc.

Polypes et Fibromes sous-muqueux.

Evolution clinique des fibromes utérins.

Nous nous proposons, dans ce chapitre, non pas d'énumérer les signes physiques et fonctionnels des fibromes utérins, mais d'esquisser les grandes modalités cliniques que revêtent ces tumeurs.

On peut décrire 3 grands tableaux cliniques :

Le polype et le fibrome sous-muqueux ;

Le fibrome à méfaits pelviens ;

Le fibrome tumeur abdominale.

Nombre de signes leur sont communs ; dans bien des formes de transition, ces grandes classes de fibromes se confondent, mais il n'en reste pas moins établi que la très grande majorité des fibromes peut se ranger sous l'une de ces trois rubriques.

Polype et fibrome sous-muqueux. — Entre le petit fibrome sous-muqueux et le gros polype en battant de cloche, il n'y a

qu'une question de degré. C'est pourquoi on a coutume de les réunir dans le même chapitre.

Les fibromes sous-muqueux sont caractérisés essentiellement par les hémorrhagies et les pertes blanches.

L'hémorrhagie qui survient pendant très longtemps sous forme de ménorrhagies et s'accompagne d'une augmentation passagère de volume de l'utérus, finissent par devenir des métrorrhagies. Les règles se rapprochent puis la femme est continuellement dans le sang, le suintement sanguin se poursuivant entre deux époques. Au début ces pertes sont bien supportées par la femme mais leur violence ne fait que s'accroître si bien que les malades peuvent arriver à un état d'anémie si marqué qu'il en impose pour une cachexie cancéreuse.

D'ailleurs aussi graves soient-elles ces pertes mettent rarement la vie de la malade en danger. La plupart des malades atteintes de fibromes utérins souffrent de ménorrhagies mais ces grandes métrorrhagies ne s'observent que dans les fibromes à développement sous-muqueux ou dans les fibromes dégénérés.

A côté des hémorrhagies se placent les écoulements leucorrhéiques si fréquents dans les cas de tumeurs à développement sous-muqueux et surtout dans les cas de polypes. Il s'agit ici non pas seulement d'une hypersécrétion mais d'une transsudation du sérum, qui, comme le disent si bien MM. J.-L. Fauré et Siredey continue en quelque sorte l'hémorrhagie. Ces pertes blanches sont tantôt un

écoulement rose ou jaunâtre à peu près ininterrompu tantôt une véritable hydrorrhée. Dans une forme particulière, on observe un écoulement brusque en une fois d'un liquide visqueux très riche en albumine qui s'échappe du col utérin par gorgées de 300 à 400 gr. Ces écoulements qui se répètent caractérisent la forme hydrorrhéique décrite par Tulôt.

Ces phénomènes incitent à étaminer la malade et l'on décèlera ainsi l'agrandissement de la cavité utérine, l'augmentation du volume de l'utérus (grossesse fibreuse de Guyon) et dans les cas de polypes utérins une tumeur ronde dont le pédicule est en serré dans les lèvres du col, dans les cas de polypes cervicaux la situation excentrique de l'orifice utérin par rapport à la tumeur. Quelles sont les évolutions particulières que peuvent subir ces polypes ? Ils peuvent rester intra-utérin rendant parfois le diagnostic si délicat que certains auteurs ont procédé à la dilatation du col utérin afin de pouvoir les décéler. Parfois suivant l'expression classique le polype met le nez à la fenêtre se montrant par intermittence. Souvent enfin il devient vaginal. Chose intéressante à noter son expulsion hors de la cavité utérine s'accompagne de véritables coliques utérines analogues aux tranchées des accouchées. Une fois dans le vagin le polype demeure indépendant des parois vaginales mais lorsqu'il s'ulcère et ulcère la muqueuse vaginale il peut se greffer sur cette dernière. Ainsi peuvent se former d'énormes polypes comme l'a bien montré M. le Professeur Pozzi.

Les polypes, à la suite de manœuvres chirurgicales ou spontanément peuvent s'ulcérer ou se sphacéler; parfois ils peuvent être étranglés par la striction du col utérin. Les malades présentant de tels accidents auront souvent une fièvre irrégulière, des écoulements très fétides au milieu desquels on pourra déceler des fragments nécrosés si l'on ajoute à cela la teinte anémique des téguments, l'aspect cachectique de la malade, on aura un ensemble trompeur de signes rappelant un cancer du col. Le diagnostic se fait heureusement par le toucher vaginal qui montre un sillon circulaire séparant le pédicule de la tumeur des lèvres du col et en cas de doute par la biopsie d'un fragment de tumeur.

Parfois, les polypes utérins s'éliminent spontanément par rupture du pédicule. Ce fait est très rare. Notons un cas de M. le professeur Delbet d'une femme sans enfants qui expulsa en quelques semaines 3 fibromes et chez laquelle à la suite de l'expulsion du troisième on vit se développer des phénomènes d'infection grave. Enfin lorsque le fibromyome est sessile, il peut y avoir rupture de la capsule et énucléation de la tumeur hors de sa loge. Ce phénomène d'ailleurs exceptionnel s'observe à la suite d'un accouchement, il s'accompagne d'une hémorrhagie extrêmement abondante mais jamais mortelle.

Enfin à la suite de contractions utérines énergiques s'exerçant sur un polype, surtout un polype sessile, on observe la procidence progressive de ce

polype à laquelle succédera parfois l'inversion utérine.

Nous n'avons pas à insister sur le tableau symptomatique de cette grave complication qui sera brusque, avec violentes douleurs, état syncopal ou lente, ressemblant à un simple prolapsus, mais qui, brusque ou lente, s'accompagnera d'hémorrhagies d'une extrême gravité, capables de causer la mort soit par la quantité de sang perdu, soit par la reproduction en série des pertes.

Fibromes à méfaits pelviens. —

Les fibromes à méfaits pelviens sont tantôt des fibromes du corps tombés dans le cul-de-sac de Douglas et s'y enclavant tantôt des fibromes primitivement pelviens. Ils se développent rarement en avant, refoulant la vessie; bien plus fréquemment on les trouve en arrière, entre le rectum et l'utérus, dans la cloison recto-vaginale ou au-dessus des ligaments utéro-sacrés répondant à la concavité du sacrum.

Parfois même, ils s'encastrent latéralement dans les ligaments larges, vers la fosse iliaque et lorsqu'ils sont de gros volume, peuvent présenter deux parties, une pelvienne, une abdominale.

Alors que le fibrome sous-muqueux est un fibrome hémorrhagique, le fibrome pelvien est surtout douloureux. Les douleurs s'observent souvent avant l'apparition de la tumeur. Elles affectent le type de dysménorrhée congestive. Alors que rien locale-

ment ne fait présager l'évolution d'un fibrome, la malade présente dans les jours qui précèdent ses règles, des pesanteurs douloureuses dans les lombes et l'hypogastre. Dans les mois ou les années qui suivent ces phénomènes douloureux s'accusent si bien que les malades arrivent à présenter au grand complet le syndrome utérin. Il est composé d'un ensemble de phénomènes subjectifs, malaises, pesanteurs dans le bassin, tiraillements dans l'abdomen, tous phénomènes qui sont notablement accrus au moment des règles. Ils prennent alors un caractère douloureux, alors qu'il ne s'agissait avant que de gêne, de malaises et les douleurs s'irradient en divers points du ventre et des cuisses. Si la malade a des varices des membres inférieurs, celles-ci se gonflent, deviennent sensibles au toucher, rendent la marche pénible et en imposent parfois pour une phlébite. Lorsque l'écoulement sanguin s'arrête, tout rentre dans l'ordre, il ne persiste qu'une gêne modérée.

C'est à l'occasion de ces troubles et de ménorrhagies que l'on est appelé à faire l'examen de la malade et celui-ci montrera l'existence d'une tumeur juxta-utérine « faisant partie intégrante de la masse utérine » se mobilisant avec l'utérus. Cette tumeur sera unique ou multiple, développée dans un des sens indiqué plus haut. Ici, comme dans les cas de fibromes, la cavité utérine se montrera notablement agrandie. Pendant longtemps le fibrome pourra sommeiller sans amener d'autres symptomatologie ;

parfois il s'accroît et vient comprimer un viscère, un nerf ou une artère ou une veine. La maladie jette son masque.

Parfois, les troubles engendrés sont très légers. Le fibrome viendra irriter la vessie, amenant des douleurs à la miction, de la pollakiurie. D'autres fois, on observera une diminution de calibre du rectum amenant une constipation difficile à vaincre. D'autre fois encore, la malade souffrira de névralgies dans les membres inférieurs ou de crampes dues à une irritation nerveuse ou encore elle verra se développer des hémoroïdes ou des varices vulvaires.

Ce sont là de petits signes de compression pelvienne qui n'ont d'autre importance que d'être les signes précurseurs de phénomènes autrement graves.

Nous classerons les troubles que l'on peut observer par appareils.

L'APPAREIL URINAIRE

L'appareil urinaire peut être intéressé de multiples façons par un fibrome; urètre, vessie, uretères, peuvent, en effet, être comprimés. L'urètre peut être allongé. La vessie peut être comprimée au niveau de son col ou, comme l'a montré M. le professeur Legueu, dans son intéressant article sur les troubles urinaires provoqués par les fibromes du col de l'utérus, elle peut être étalée à la face antérieure de la tumeur. Cet étalement s'oppose à la

contraction des parois qui, à l'état normal, assure la parfaite évacuation du réservoir.

Parfois même le fibrome peut se développer dans l'épaisseur de la cloison vésico-utérine, comme l'a montré M. le professeur Hartmann dans les « Annales de gynécologie et d'obstétrique », simuler une tumeur de la vessie et même provoquer des hématuries.

Enfin, l'uretère peut être comprimé d'autant plus facilement que ses rapports avec le col utérin sont très intimes. Il sera comprimé par le fibrome lui-même ou enserré par les adhérences qui peuvent se développer autour de ce dernier. Quelle va être la traduction clinique de cette série de troubles ?

Une rétention plus ou moins complète d'urine pour ce qui est des troubles vésicaux, des troubles urémiques légers ou graves et parfois de l'hydronéphrose pour ce qui est de la compression des uretères.

De la rétention d'urines nous n'avons rien de spécial à dire sinon qu'à l'obstacle mécanique constitué par le fibrome s'ajoute une contraction réflexe du sphincter vésical et que celle-ci se produit chez quelques malades périodiquement au moment des époques menstruelles, dans quelques cas il peut s'établir une fausse incontinence. Parfois il peut se surajouter de la cystalgie, voire même de la cystite qui peut être suivie ultérieurement d'accidents infectieux encore plus graves.

Plus intéressants sont les symptômes dus à la

compression des uretères. Au début elle est latente mais sa gravité n'en est pas moins considérable. Lorsqu'elle est unilatérale elle peut provoquer de la distension du bassin, quelquefois de l'hydronéphrose. Celle-ci se manifestera par des douleurs lombaires, un abaissement du rein et une augmentation de volume de celui-ci. Secondairement il peut se développer des lésions de sclérose rénale même de la pyonéphrose. Lorsque la compression est bilatérale le tableau est différent. Les malades, au début, se plaignent de céphalées, de troubles nauséux, de névralgies diverses, de troubles sensoriels passagers. Bientôt les phénomènes se précisent : l'oppression apparaît en même temps que des crampes, des tressaillements musculaires et si un traitement énergique n'intervient pas, les malades sont emportés par une grande crise d'urémie à type respiratoire, digestif ou nerveux.

D'autres fois il s'agit de crises d'anurie, la malade urine moins en même temps qu'apparaît une lassitude, une tendance au sommeil invincible puis les phénomènes s'amendent à la suite d'un déblacle polyurique pour reprendre ensuite quand le débit urinaire s'arrête à nouveau. Pendant quelques jours la malade urine fort peu ou pas du tout et conserve un état de santé en apparence satisfaisant jusqu'au jour où éclatent de grands accidents urémiques dont l'approche est annoncée par les crampes et les tressaillements musculaires.

Enfin dans certains cas le fibrome donne naissan-

ce au tableau de l'urémie chronique, la malade présente des vomissements inexplicables ou une diarrhée abondante à laquelle il faut se garder de toucher ; au bout d'un laps de temps d'importance variable elle est enlevée par des accidents aigus.

Les compressions peuvent porter sur le rectum et dans ce cas on peut observer non seulement de la constipation ainsi que nous l'avons noté mais même quoiqu'exceptionnellement des crises d'occlusion intestinale commandant l'intervention chirurgicale. Même sans aller jusque là la rétention habituelle et prolongée des matières détermine une intoxication chronique sur laquelle ont insisté Posner et Lewen in *Berliner Wochenschrift* 1895. Elle détermine un état saburral et une teinte subictérique des téguments. Pour Barnes elle deviendrait ainsi la cause d'un des principaux signes composant ce qu'Aran a justement dénommé le faciel utérin et qui comprend la bouffissure du visage et sa coloration jaunâtre, bistrée. Les fibromes enclavés dans le petit bassin peuvent amener des accidents vasculaires et nerveux.

Les artérites se voient dans des circonstances un peu particulières. Nous mentionnerons le cas observés par Ranglarst et Ghika (Fibrome ulcéré ayant causé par propagation une artérite et une phlébite avec gangrène des membres inférieurs) et un cas de thrombose de l'artère iliaque externe par un fibrome la comprimant. Un caillot s'étant détaché à l'occasion de manœuvres opératoires laborieuses,

le membre inférieur du même côté s'était gangrené. La compression des gros troncs veineux peut amener de l'œdème des membres inférieurs parfois une phlébite. Enfin, les gros troncs nerveux peuvent être comprimés par le fibrome. On peut ainsi observer une sciatique dont la chronicité peut être désespérante. Signalons pour terminer une évolution exceptionnelle des fibromes pelviens. Ces tumeurs lorsqu'elles ont subi la dégénérescence calcaire peuvent user les organes avec lesquels elles sont en rapport et arriver à perforer la vessie, le rectum et même la paroi abdominale.

Fibrome tumeur abdominale. —

Le fibrome tumeur de l'abdomen est une variété intéressante à connaître car il soulève parfois des problèmes diagnostics très délicats. C'est en effet un fibrome qui peut dans certains cas ne s'accompagner ni de métrorrhagie ni de ménorrhagie et enlever ainsi au tableau symptomatique des fibromes un de ses signes les plus caractéristiques.

C'est un fibrome qui, étant donné sa situation abdominale, peut, lorsqu'il est de petit volume, passer absolument inaperçu et rester latent. Même lorsqu'il est volumineux, il peut être si parfaitement toléré que la malade ne s'en aperçoit pas.

M. J.-L. Faure et Siredey citent le cas d'une femme chez laquelle ils trouvèrent un fibrome utérin volumineux et qui ne s'en doutait pas. On voit donc que la symptomatologie fonctionnelle peut rester

extrêmement vague. Pourtant, lorsqu'il est assez volumineux, il vient irriter les viscères avec lesquels il est en rapport et peut occasionner ainsi des névralgies lombaires et lombo-abdominales s'irradiant dans le domaine de ces plexus. La malade peut ainsi souffrir de tiraillements douloureux, de sensation de pesanteur et de gêne accusée au niveau de la partie inférieure de l'abdomen.

Ce symptôme de douleur, si banale dans les affections abdominales, ne présente qu'un intérêt celui d'inciter à un examen physique.

Celui-ci montrera ou bien un abdomen non modifié dans sa forme et des signes uniquement perceptibles au toucher : tumeur utérine, augmentation de la cavité utérine, ou bien un abdomen saillant, renfermant une masse dure, limitée, que l'on peut mobiliser, régulière ou irrégulière. Certains fibromes sont irréguliers, mobiles et reliés par un pédicule arrondi à l'utérus. Ils en paraissent indépendants. Il s'agit de fibromes sous-péritonéaux.

Parfois leur nombre est considérable, leur volume et leur forme défient toute description. Ils remplissent le bassin d'une masse multilobée se répandant partout, allant des culs de sac vaginaux aux hypochondres.

C'est à cette variété de fibromes que Bouilly a donné le nom de fibromes madréporiques.

Rien n'est plus variable que cette disposition des fibromes utérins et Peterson a décrit sous le nom de fibromes migrants, certaines anomalies de si-

tuation et de connexion des fibromes. Il décrit ainsi : des fibromes insérés à une corne utérine par un pédicule mince et adhérent à l'autre corne ; des fibromes encore rattachés à l'utérus par un pédicule très mince mais adhérents à l'épiploon et se nourrissant par lui ; des fibromes sans attache utérine et adhérents au mésentère.

Signalons enfin, que l'on a décrit des cas de fibromatose généralisée donnant naissance à des utérus géants globuleux irréguliers ou peu bosselés et à cavité très agrandie mesurant 16 cm. Dans ces cas, contrairement à ce que l'on voit pour les fibromes sous-péritonéaux, ils existe des métrorrhagies très abondantes menant rapidement à la cachexie et pouvant mettre la vie de la malade en danger. Ces hémorrhagies cèdent à la castration et à la ligature des utérines. En raison des pertes qu'ils amènent, ils ont reçu le nom de fibromes à type métritique.

Quoiqu'il en soit, les fibromes abdominaux irritent les organes qui les entourent et le péritoine adjacent. La réaction de la séreuse se manifeste souvent par des adhérences qui, dans les cas de fibromes anciens, peuvent devenir considérables. Cette complication fort importante est difficile à apprécier avant la laparatomie. Elle rend l'hystérectomie laborieuse, parfois périlleuse, car le bistouri du chirurgien risque de blesser une anse intestinale, un vaisseau important ou l'uretère, dont les rapports avec l'utérus peuvent changer dans de nota-

bles proportions. Enfin, elles rendent difficile la péritonisation ultérieure après hystérectomie, obligeant le chirurgien à aller quelques fois chercher le meso de l'anse sigmoïde.

Ces adhérences peuvent quelquefois être dues, pour une part, à une affection abdominale aiguë concomittente en l'espèce pour la majorité des cas, l'appendicite. Rien n'est plus fréquent que de voir des fibromes et des appendicites. Il n'y a rien d'étonnant à ce que deux affections aussi fréquentes se rencontrent parfois chez le même sujet. Chaque fois qu'un fibrome sera douloureux, il ne faudra pas manquer de se rappeler que bien des fibromes sont douloureux par le fait d'une appendicite concomittente.

Les fibromes pédiculés peuvent, par irritation péritonéale, déterminer un épanchement ascitique dont le diagnostic est facile, lorsque le ventre est peu tendu et la palpation du fibrome possible. Mais certaines variétés de fibromes utérins sont infiltrés, ramollis, œdémateux, ou sont pourvus de cavités kystiques, et ainsi la confusion avec un kyste de l'ovaire est possible.

D'autre part, les tumeurs ovariennes avec ascite peuvent parfaitement en imposer pour un fibrome utérin pédiculé. On voit donc combien l'apparition de l'ascite peut compliquer le diagnostic des fibromes.

Les gros fibromes abdominaux peuvent compri-

mer les gros troncs veineux et amener de l'œdème des membres inférieurs. Ils peuvent aussi amener des thromboses veineuses.

Enfin, comprimant l'intestin ils peuvent déterminer des accidents d'obstruction chronique et de stercorémie.

Complications communes à la majorité des fibromes

Complications. — Nous avons jusqu'ici les modalités suivant lesquelles évoluent les fibromes utérins. Il nous reste à voir les modifications que les différentes complications impriment à leur marche. Parmi celles-ci les unes nous sont déjà connues telles les hémorrhagies, la cachexie, les troubles urinaires, les accidents d'occlusion. En effet, nous les avons étudiées lorsque nous avons décrits les différents types cliniques des fibromes utérins parce que sans être absolument propres à certaines variétés de fibromes, elles sont néanmoins plus fréquemment observées au cours de leur évolution qu'au cours de celles des autres types de fibromes.

Nous n'envisagerons donc ici que les complications qui peuvent survenir à peu près indifféremment dans tous les cas. Parmi celles-ci, les complications cardio-vasculaires tiennent la première place. Les troubles cardiaques sont les plus variés. On en doit une excellente étude à M. Sebileau, qui rap-

portée dans la « Revue de Chirurgie », 18 cas de tumeurs abdominales compliquées d'accidents cardiaques. Parmi ces tumeurs, des fibro-myomes tiennent la première place.

Parfois, les malades éprouvent des palpitations, de l'angoisse, de l'oppression, les phénomènes surviennent par crises, pendant lesquelles on note de la tachycardie.

Parfois les accidents sont plus sérieux. Les malades éprouvent de la dyspnée, une sensation de gêne rétro-sternale, le cœur est tachycardique, puis il se dilate, des souffles d'insuffisance fonctionnelle apparaissent et quelquefois la malade aboutit à un état d'asystolie fort grave. Nous n'avons pas à refaire le tableau si connu de la défaillance cardiaque, qu'il nous suffise de dire qu'elle est annoncée par les modifications du pouls qui devient petit et rapide, par l'œdème des jambes, l'engorgement du foie, l'oligurie.

D'après Payne, les premiers signes de troubles cardio-vasculaires associés aux fibromes sont une indication d'intervention immédiate qui devra être exécutée en tenant compte des règles suivantes :

- a) technique chirurgicale rapide ;
- b) hémostase soignée ;
- c) manipulations aussi restreintes que possible des viscères ;
- d) grandes précautions pour éviter le surmenage du cœur dans le traitement post-opératoire.

Quoiqu'il en soit, ces troubles cardiaques sont aggravés par diverses causes. L'artériosérose signalée par Strassmann et Lehman, les lésions du muscle cardiaque dans les cas de néphrite chronique, l'hypertension si fréquemment observée au moment de la ménopause sont des facteurs qui peuvent grandement favoriser l'insuffisance cardiaque.

La pathogénie de ces accidents a été très discutée.

Les causes mécaniques ont eu leurs défenseurs. Et il est certain que dans un certain nombre de cas cette hypothèse paraît répondre à la réalité des faits quand il s'agit de tumeurs volumineuses comprimant les gros vaisseaux de l'abdomen, le travail du cœur augmente dans des proportions considérables. Il réagit par une hypertrophie de son élément contractil puis se dilate, soit que le travail devienne trop considérable, soit qu'une cause pathologique quelconque vienne surajouter des effets à ceux de la compression.

Malheureusement, cette pathogénie, ne peut tant s'en faut, se généraliser à tous les cas. On observe en effet les accidents cardiaques même dans le début des tumeurs alors qu'elles ne gênent que fort peu la circulation. Et pourtant les troubles observés sont bien dus aux tumeurs puisque l'ablation du fibrome les fait disparaître. De plus, le volume de la tumeur n'a aucun rapport avec la gravité du trouble cardiaque.

Bouilly les considérait comme des accidents re-

flexes et pensait qu'ils étaient en rapport avec l'irritation d'un rameau nerveux du bassin. Neu et Wolf qui ont fait une étude expérimentale de ces troubles cardiaques (le myomherz) publient un article remarquable sur la question dans le « *Munche Med. Wœtrenschrif* »

Pour eux l'opinion de Treund Itrasmann et Lehmann qui voient dans le myomherz une des altérations produites par une toxine que sécréterait le myome est trop exclusive. Pour les trois auteurs cités ci-dessus, la toxine du myome produirait des altérations sanguines, des thromboses, des vomissements, de la glycosurie, des lésions cardiaques spécifiques.

Neu et Wolf pensent que la preuve de la spécificité des lésions cardiaques reste à faire et que ce sont les lésions banales de grosses tumeurs abdominales et d'hémorrhagies répétées. En effet une toxine qui passerait dans le sang altérerait l'endocarde. Il n'y a donc pas pour ces auteurs un cœur fibromateux mais un cœur chez les fibromateuses. Quant à l'origine des signes d'auscultation cardiaque elle est également débattue. On peut dire que 3 variétés de souffles s'observent : des souffles fonctionnels de dilatation, des souffles extracardiaques d'anémie et enfin des souffles organiques (dans des cœurs déjà taris).

Les modifications sanguines accompagnant les fibromes sont importantes. Le sang présente une hypercoagulabilité manifeste. Il en résulte l'appari-

tion de thromboses. Celles-ci peuvent être grandement favorisées par la compression mais on peut en observer au niveau des membres supérieurs. Ce qui prouve bien l'existence des modifications physico-chimiques du sang. Ces thromboses ont été bien décrites par Bostard dans la thèse inaugurable en 1882. Elles sont sous la dépendance de l'anémie intense de certains sujets, de leur état de cachexie qui altèrent gravement la composition du sang.

Le siège de ces phlébites est variable. En dehors des veines des membres, elles siègent souvent au niveau des veines du bassin et des plexus utérins. Nous avons mentionné déjà l'existence de ces dernières après une intervention. Elles existent souvent avant. Aussi n'est-il pas rare d'observer en dehors de toute intervention des embolies pulmonaires parfois négligeables, elles se traduisent par une douleur brusque, de la gêne respiratoire, d'autres fois elles réalisent le tableau de l'infarctus hémoptoïque, parfois elles entraînent la mort subite.

La péritonite peut s'observer au cours de l'évolution des fibromes utérins. Elle serait assez fréquente. Elle se manifeste sous la forme d'une infection péritonéale aiguë, elle succède à la dehiscence d'une poche ou à l'ouverture d'un foyer gangréné.

Les complications septiques sont fréquentes dans le cas de polypes. Ceux-ci comme nous l'avions vu se sphacèlent et donnent naissance à un liquide

fétide. Nous n'avons pas à parler des autres complications septiques dues à la dégénérescence des fibromes, chapitre qui a déjà été traité.

Il nous faut examiner à présent deux complications qui peuvent donner naissance à des accidents d'une haute gravité : la torsion de l'utérus fibromateux, la torsion d'un fibrome pédiculé.

La torsion de l'utérus dont le mécanisme nous est déjà connu se manifeste sous deux formes : une forme rapide, une forme lente.

Dans la forme rapide il s'agit d'une femme qui semblait jusque-là bien portante ou qui dans les derniers temps présentait de petites crises douloureuses abdominales de faible intensité. Brusquement la malade ressent une douleur violente qui s'irradie bientôt à tout l'abdomen. Le facies devient shocké puis surviennent des phénomènes de réaction péritonéale ; la température monte à 39°, le pouls à 120. La contracture de l'abdomen est intense. La malade meurt si une intervention n'est pas rapidement pratiquée. La gravidité rend cette complication plus funeste encore. Dans la forme lente il existe des douleurs d'intensité variable augmentant au moment des règles surtout lorsque la torsion s'accuse et que la lumière cervicale est obstruée. Les douleurs coïncident à ce moment avec une augmentation de volume de l'abdomen.

Mais parfois il se surajoute à ces symptômes des signes vésicaux ainsi que l'ont montré MM. Lochlein Jabranowski. Ceci entraîne des envies fréquentes

d'uriner, des mictions douloureuses parfois de l'incontinence ou de la rétention d'uriner. A la palpation de l'abdomen on trouve une tumeur rénitente car le fibrome a subi une infiltration œdémateuse à la suite de la striction, un léger degré d'ascite. Au toucher vaginal, on constate un allongement parfois considérable du col. Jabranowski a montré, de plus, que les ovaires sont entraînés par la torsion utérine et sont en position anormale. L'hystérométrie est parfois impossible. L'évolution est lente. La torsion se fait en plusieurs fois. Il faut redouter la gangrène et l'infection de la tumeur.

La torsion du fibrome pédiculé entraîne les accidents qui présentent une grande analogie avec ceux que nous venons de décrire.

Lente: il en résulte des vices de position temporaire et des douleurs qui s'aggravent lorsque la striction devient plus serrée.

Brusque: la réaction péritonéale est violente, et lorsqu'elle se calme sans intervention, il faut redouter la mortification ou l'infection des tissus brusquement privés de l'apport sanguin.

Parmi les complications des fibromes utérins, il en est une qui peut, dans certains cas, être particulièrement affligeante pour la femme, c'est la stérilité. Le mécanisme de celle-ci est variable. Elle peut être due soit aux lésions de la muqueuse, soit aux modifications de la lumière utérine qui peut être coudée ou obstruée, soit aux vices de position dus à des tumeurs qui entraînent l'utérus dans une di-

rection anormale. Cette stérilité peut amener des troubles nerveux que les symptômes douloureux et hémorrhagiques des fibromes ne font qu'entretenir. Il est sûr que certaines neurasthénies n'ont pas d'autres causes.

Il nous reste enfin à mentionner, pour être complet, la glycosurie simple ou le diabète, associés au fibro-myome de l'utérus. Kleinwachter croit qu'il ne s'agit pas d'une coïncidence, mais sa statistique de 6 cas est insuffisante.

Après lui, Gibes relate 3 cas de glycosurie disparaissant à la suite de l'ablation du fibrome. Smalwodsavage en a rapporté également un cas, les recherches méritent confirmation.

Mort dans les fibromes et la statistique des complications. — La statistique des complications de fibromes utérins a été faite par Polaillou.

Sur 157 cas observés il a noté :

Hémorrhagies : 89 cas.

Complications diverses

urinaires

digestives

dés membres inférieurs

} 30 cas.

Douleurs : 25 cas.

Phlébite de membres inférieurs : 5 cas.

Salpingite : 3 cas.

Péritonite : 1 cas.

La mort dans les fibromyomes de l'utérus est due

à une complication. Pellanda a étudié dans sa thèse la statistique des complications occasionnant la mort et il a trouvé sur 160 cas :

85 fois, mort par infection après accouchement ou avortement ;

44 fois, compression viscérale (intestin, uretère, vessie, vagin, paroi abdominale) ;

11 fois, hémorrhagies foudroyantes ou répétées ;

11 fois, troubles cardio-vasculaires ;

9 fois, cachexie à étiologie complexe due à compression, épuisement, hémorrhagie ou infection légère.

Nous nous sommes occupés plus haut de la dégénérescence maligne des fibromes, nous n'y reviendrons pas ici, mais il est certain qu'elle est une cause de mortalité trop souvent rencontrée.

L'hystérectomie peut enfin enlever les malades surtout lorsque l'opération est laborieuse et que la malade est âgée. L'influence de l'âge en particulier est considérable.

Avant 40 ans la mortalité est de 0.7 o/o

De 40 à 50..... 7.5 o/o

Après 50 ans..... 20 o/o

Donc il faut repousser comme néfaste la coutume que certains ont encore d'attendre la ménopause pour juger l'opportunité d'une intervention. L'espoir d'une régression du fibrome pèse peu à côté de la menace des complications notamment de la dégénérescence du fibrome. De plus si des troubles sé-

rieux persistent après la ménopause il faut intervenir et dans des conditions beaucoup moins favorables au point de vue de la bénignité opératoire, sans vouloir intervenir dans tous les cas il faut demeurer persuadé que le traitement chirurgical est le seul traitement curateur des fibromes utérins ; et qu'il est d'autant mieux supporté que l'état général de la malade est plus florissant.

La gravité comparée des différentes formes de fibromes découle de l'étude que nous avons faite.

Le fibrome le mieux toléré est le fibrome abdominal sauf si son volume est trop considérable ou si les tumeurs sont multiples. Certains fibromes migrateurs qui ne restent plus reliés à l'utérus que par un pédicule péritonéal ont une évolution des plus bénignes, ils restent indéfiniment stationnaires.

Au contraire les fibromes à méfaits pelviens par les compressions qu'ils provoquent, les fibromes sous muqueux par les hémorrhagies et la cachexie, qu'ils entraînent, ont un pronostic bien plus sérieux.

L'âge d'apparition du fibrome peut être aussi un facteur de gravité. Une tumeur apparaissant avant 30 ans nécessite toujours une intervention. En effet il ne peut être conservé sans danger jusqu'à la ménopause qui dans ces cas est retardée.

Les fibromes qui se développent après 40 ans et ceux qui longtemps stationnaires augmentent à cet âge, ont une évolution peu favorable.

Ceux que l'on observe entre 30 et 40 ont le plus souvent une évolution lente facile à surveiller.

Malgré tout il faut savoir que l'évolution des fibromes est essentiellement variable, capricieuse et que « ses lois nous échappent en grande partie ».

Recherches originales

Les pages qui précèdent sont en rapport avec l'effort que nous avons fait pour lire le plus grand nombre possible de travaux récents sur l'évolution des fibromes. Notre contribution personnelle à cette question, malgré le travail qu'elle nous a demandé, semblera plus minime ; elle comporte pourtant, nous a-t-il semblé, un certain intérêt.

Nous avons d'abord lu minutieusement toutes les observations du beau service de notre maître M. Tuffier depuis le 1^{er} janvier 1907, voulant nous rendre compte de la fréquence relative des complications que nous avons exposées et de l'aspect clinique de celles que nous n'avions pas eu la bonne fortune d'observer nous-mêmes. Nous avons ainsi dépouillé 134 histoires pathologiques — sur lesquelles nous avons relevé 58 cas compliqués — sans compter les complications banales d'hémorrhagie, douleurs et troubles urinaires très fréquents

qu'il s'agisse de cystite ou de troubles mécaniques.

L'âge moyen des 134 opérées était de 43 ans 6 mois, l'âge de la plus jeune malade 26 ans, et celui de la plus vieille 70.

L'âge moyen dans les cas compliqués était de 44 ans 1 mois 24 jours.

Il semble donc que l'âge où l'on doit opérer le fibrome si l'on veut le trouver simple, c'est-à-dire avec le minimum de risques opératoires, est assez proche de l'âge des complications. Nous déduirons de cette statistique, quoiqu'elle soit incomplète, puisque nous n'avons pas tenu compte des ménorrhagies, qu'il faut opérer les fibromes qui présentent des accidents de faible intensité, mais persistants sans attendre la ménopause.

Nous avons relevé, au point de vue des dégénérescences : une dégénérescence calcaire chez une femme de 50 ans (présentant d'ailleurs un épithélioma du corps et de l'ovaire), une dégénérescence œdémateuse chez une femme de 46 ans et quatre dégénérescences kystiques chez des femmes de 39, 42, 44 et 50 ans, une dégénérescence néoplasique non spécifiée chez une femme de 52 ans, deux dégénérescences sarcomateuses chez des femmes de 41 (ascite) et de 45 ans — une coexistence avec un épithélioma du col chez une femme de 47 ans, deux avec un épithélioma corps chez des femmes de 50 et 70 ans, avec un épithélioma utérin de siège non spécifié chez une femme de cinquante ans, 3 cas de sphace-

lée chez des femmes de 42, 45 (avec perte de lambeaux sphacelés depuis 15 jours) et 67 ans (dont nous rapportons l'observation détaillée).

Enfin, cinq cas de dégénérescences, non spécifiées, (30, 35, 36, 37, 44 ans).

Dans cinq ans, il y avait coïncidence de fibromes, avec des néoplasmes divers : l'épithélioma cylindrique, de l'ovaire secondaire à l'utérus, (femme de 50 ans, déjà citée), ombilie (46 ans), petit bassin avec ascite d'origine indéterminée, (66 ans), épithélioma dendritique du sein, (50 ans). tumeur du rein, (30 ans).

Un cas de métrite fongueuse (40 ans).

Un cas de prolapsus (45 ans).

Un cas de torsion de l'utérus (46 ans).

Trois cas de compression du rectum (44, 53 et 59 ans), et un cas d'obstruction, puis occlusion intestinale (40 ans).

Trois cas d'hématosalpinx, douze cas de salpingite manifeste double ou simple et surtout à gauche, deux kystes du ligament large, un kyste entre la vessie et l'utérus, un kyste de l'ovaire, un ovaire et une trompe kistique, un varicocèle pelvien, une thrombose des veines du col.

Deux cas de complications graviéliques : un accroissement rapide sous l'influence de la grossesse (32 ans), une adhérence placentaire, (41 ans),

Une adhérence avec l'appendice.

Une adhérence à la paroi.

Deux cas de troubles cardiaques graves (47 et 66

ans) ; un cas de troubles cardiaques graves post-opératoires (51 ans).

Une coexistence avec un goître exophtalmique (43 ans).

*
* *

Voici maintenant l'histoire clinique des malades que nous avons pu observer et suivre.

OBSERVATION I

Fibrome sphacélé

B..., 67 ans, entre le 3 juin 1912 dans le service de M. Tuffier, pour pertes blanches et rouges.

A. P. — Rougeole dans l'enfance. Scarlatine à 18 ans. Régée à 11 ans 1/2. Retour d'âge à 50 ans. Ni enfant, ni fausse-couche.

Fracture du col du fémur en 1910.

Depuis le 25 janvier 1912, métrorrhagies, pertes rousses, fétides.

Examen. — Au palper on sent une tumeur qui remonte à 3 travers de doigt sur la symphyse, lisse, immobile, médiane, du volume d'une orange. Le col est en arrière et à gauche, il est mou et court, son orifice est largement ouvert. Corps en antiflexion, très dur, immobile, du volume d'une orange. Les culs-de-sacs latéraux sont douloureux et infiltrés, ainsi que le cul-de-sac antérieur. Rien dans le Douglas.

Opération le 8 juin. — Hystérectomie totale. Issue d'un flot de pus fétide. Drainage. Guérison.

OBSERVATION II

Fibrome et kyste justa-utérin

B..., 44 ans, cuisinière. Entre pour douleurs hypogastriques et troubles de la miction le 26 mai.

A. P. — Réglée à 13 ans, régulièrement et abondamment, sans métrorrhagies, leucorrhée, ni douleurs. Trois accouchements normaux. Depuis 3 mois, tumeur de la fosse iliaque gauche et difficultés pour uriner.

Examen. — Vergeture. Tumeur occupant la moitié gauche de l'hypogastre et une partie de la fosse iliaque, mamelonée, dure, mobile dans tous les sens, grosse comme une orange de Jérusalem. Dans la partie droite de l'hypogastre empiétant dans la fosse iliaque correspondante, on sent une deuxième tumeur, moins volumineuse, moins dure, lisse, rénitente et nettement séparée de la première. Col aplati contre la symphyse. Dans le cul-de-sac postérieur masse rénitente et lisse. Avec la main abdominale, on sent deux masses l'une à droite, l'autre à gauche. Par leur intermédiaire on mobilise la masse du cul-de-sac postérieur qui est mobile. Dans le cul-de-sac gauche, en avant, on sent une masse dure; grosse comme une orange. Dans le cul-de-sac droit, en avant, on sent une autre masse moins dure, se continuant avec la masse du cul-de-sac postérieure.

Opération le 30 mai. — Laparatomie, hystérectomie de gauche à droite, extirpation du kyste enclavé. Péritonisation. Greffe de l'ovaire gauche. Suites opératoires normales. La malade sort guérie le 15 juin.

OBSERVATION III

B..., 56 ans. Entre le 22 mai 1912 parce qu'elle a un gros ventre depuis 6 ans et qu'elle éprouve des malaises.

A. P... Réglée à 17 ans, régulièrement et abondamment. Pas de ménopause depuis 6 mois, métrorrhagies, 4 enfants bien portants.

Tumeur dans la fosse iliaque droite depuis 6 ans. Il y avait déjà deux ans que les règles étaient beaucoup plus abondantes qu'auparavant. Augmentation progressive, depuis un an céphalée, vomissements. Aucun trouble urinaire. Depuis 15 jours crises d'étouffement.

Examen. — Augmentation de volume du ventre. A la palpation, énorme tumeur plus grosse qu'une tête d'adulte occupant tout l'hypogastre, la région sous-ombilicale et la fosse iliaque. La tumeur est mobile. Matité. Col haut situé, mobile avec la tumeur. Par l'orifice du col sort un prolongement charnu. On ne peut pas atteindre les culs-de-sac.

Opération le 23 mai. — Laparatomie. Extirpation d'un énorme fibrome avec dédoublement du ligament large. Amputation sus-vaginale. Perte de sang assez abondante. Ligature. Péritonisation, pas de drainage. Guérison.

Enfin pour compléter l'étude que nous faisons des fibromes, nous avons tenu à examiner un certain nombre de pièces opératoires diverses et M. Géry, préparateur d'anatomie pathologique à l'Institut Pasteur, a bien voulu nous montrer et nous démontrer plusieurs aspects histologiques des fibromes dégénérés. Nous devons à son amabilité la description des pièces qu'il nous a appris ainsi à déchiffrer.

OBSERVATION IV

Accroissement du fibrome

Tumeur 8 D 2. Jeune fille de 19 ans opérée dans le service de M. le Dr Potherat. Enorme tumeur à accroissement rapide développée dans la partie gauche de l'abdomen, assez régulière avec un kyste, libre sauf un pédicule gros comme le pouce et une adhérence avec une frange épiploïque. Poids 9 k. Consistance ferme, ne criant pas à la coupe. Tissu blanc, ferme, mais non dur, donnant par raclage un liquide abondant et séreux. Sur la coupe, le tissu a un aspect reticulé à mailles larges. Histologiquement c'est un myo-fibrome dans lequel il y a une proportion égale de tissu musculaire et conjonctif. Le tissu musculaire se présente soit sous forme de travées, disséminées dans le tissu conjonctif. Le tissu conjonctif a un aspect plus intéressant, c'est un tissu conjonctif lâche, très riche en cellule et à protoplasma abondant (cellules jeunes). Le collagène se présente seulement sous forme de fibrilles grêles séparées par des espaces incolores donnant une sorte de chevelu très discret, et feutrage très léger.

OBSERVATION V

Dégénérescence sarcomateuse

(9 D., 8, pièce du service de M. le Dr Potherat)

Tumeur pesant plus de deux kilogr. arrondie, mollassse, gris-rosâtre, avec un suc abondant et pâteux (bien différent de celui d'un fibrome œdématisé). Nombreuses cavités hé-

matodes encerclées de bandes fermes, mais restant sur le même plan de section. Cette tumeur coïncidait avec d'autres myomes non dégénérés.

Ses coupes sont parcourues par des bandes fibreuses ou myo-fibromes traversant des zones présentant l'aspect typique du sarcome polymorphe avec cellules gigantesques. Par place l'intrication entre les cellules cancéreuses et les cellules musculaires bénignes est complète. En résumé : fibrome logeant plusieurs myo-sarcomes.

OBSERVATION VI

Nécrobiose aseptique. (pièce du service de M. Potherat.

Femme de 34 ans, évolution rapide depuis quelques mois. Tumeur grosse comme une tête de fœtus, surmontant l'utérus, fluctuante. Pseudo-kyste de très grande taille contenant un liquide grisâtre, mal lié, nullement muqueux. Paroi tomenteuse, très irrégulière.

Histologiquement il s'agit d'un myo-fibrome ne représentant rien de spécial ; mais au voisinage du kyste, il a subi une nécrobiose considérable. Il y a une grande épaisseur de tissu nécrosé, non encore liquéfiée, formant la paroi. Les noyaux dans cette zone ne se colorent pas ou mal. Le collagène a conservé sa réaction rouge au van gieson. Les noyaux ont complètement disparu sauf par places au tour des vaisseaux où l'on retrouve quelques graines de chromatine. Au contraire, les protoplasma ont conservé leur aspect et sur une étendue très considérable on peut reconnaître les trousseaux musculaires et le tissu conjonctif. Tout à fait à la partie interne, on les voit perdre leur forme et se désagréger.

OBSERVATION VII

Hémorrhagie sous-capsulaire massive. (15 G 22-23).

Myo-fibrome constitué par de petits trousseaux de fibres musculaires isolées, mêlées à un tissu conjonctif riche en noyaux, très fortement œdématié par place et en particulier autour des vaisseaux. Sous le péritoine il s'est produit une dépression cupuliforme due à une ancienne hémorrhagie. Actuellement la plupart des globules rouges ont disparu, on ne voit plus que de la fibrine, des tissus mortifiés et des éléments inflammatoires, polynucléaires, mononucléaires et une assez grande abondance de macrophages chargés de pigment ferrique. Tout autour de cette zone on trouve une bordure de tissu présentant des caractères inflammatoires plus marqués qu'au niveau de l'hémorrhagie et composée des mêmes éléments. Les macrophages chargés de pigment dépassent beaucoup les limites de cette zone et on les retrouve au loin notamment dans la paroi des vaisseaux. L'intérêt de cette pièce réside dans ce que les lésions vasculaires sont de deux ordres : 1° des lésions de thrombo phlébite au voisinage de l'hémorrhagie ; 2° des lésions anciennes d'artérite de différents degrés, depuis l'endartérite légère faisant aux vaisseaux une perméabilité très suffisante jusqu'à l'oblitération complète, on voit très souvent un bourgeon organisé, ancien, plastique, s'avancer dans la lumière de l'artère.

OBSERVATION VIII

*Coexistence d'un épithélioma typique du corps et de fibrome
en voie de dégénérescence fibreuse.*

La muqueuse utérine a une épaisseur qui atteint par place 3 cm.

Les tumeurs fibreuses sont très dures, nacrées criant sous le couteau.

Histologiquement elles présentent une prédominance du tissu fibreux. On voit des blocs fibreux qui émettent des prolongements, lesquels encerclent et étouffent les fibres musculaires. Sur les tumeurs d'une certaine taille, le centre est fibreux, formé de trousseaux de collagène très dense pauvre en cellules et en vaisseaux. Quand on s'éloigne du centre apparaissent d'abord quelques fibres musculaires perdues dans la masse fibreuse puis des faisceaux mieux constitués et au total il ne reste qu'un petit nombre de faisceaux musculaires. Sur les petites tumeurs, on constate, au contraire, un myo-fibrome banal avec seulement un centre complètement fibreux et de petits blocs fibreux péri-vasculaires.

Conclusions

1^e Les fibromyomes sont des tumeurs périvasculaires, de nature irritative et, débutant par une couronne de cellules rondes, qui se transforment ultérieurement en fibres musculaires. Ils sont normalement latents ou presque latents, et leur histoire clinique, est conditionnée par leurs complications.

2^e La ménopause s'accompagne parfois de régression de fibromes, mais il n'y faut pas compter en face d'un fibrome compliqué, car elle n'a que peu d'influence sur les complications et elle est assez souvent un facteur d'aggravation.

3^e Les fibromes dans 1/3 des cas présentent des dégénérescences histologiques diverses, qui ont assez souvent un tableau clinique particulier ou du moins déterminant une aggravation de l'état de la malade et qui sont toujours une indication à opérer

4^e L'évolution anatomique des fibromes utérins comporte des lésions utéro-annexielles, soit qu'il s'agisse d'inflammation, soit d'autres tumeurs (kystes de l'ovaire).

5^e L'évolution clinique des fibromes, à types sous muqueux, est principalement caractérisée par le syndrome hémorrhagie leucorrhée et est susceptible de se terminer par l'expulsion spontanée du polype, ou de se compliquer d'inversion.

6^e L'évolution clinique des fibromes enclavés est caractérisée par les complications dues à la compression pelvienne — et en particulier des voies urinaires et de l'intestin.

7^e L'évolution des fibromes abdominaux se caractérise par le syndrome ; tumeurs auxquelles se surajoutent des complications de réaction péritonéale et de compression vasculaire.

8^e Enfin tous les fibromes peuvent être aggravés par des complications cardio-vasculaires, sanguines, septiques, et peut être le diabète.

Vu : *Le Président de thèse,*

SEGOND.

Vu : *Le Doyen,*

LANDOUZY.

Vu et permis d'imprimer :

Le vice-recteur de l'Académie de Paris,

L. LIARD.

Bibliographie

Nous avons tenu à ne faire figurer dans cette liste que les ouvrages que nous avons lu, ou ceux que des camarades bienveillants nous ont traduits ou résumés. Nous avons, de plus, consulté les traités classiques de Pozzi, Faure et Siredey, Labadie-Lagrave et Legueu, Boursié, Delbet (in Duplay-Reclus), Bouilly (IV agrégés).

ARCHAMBAULT & PEARCE. — Rev. de gyn. et de ch. abd.
1907. p. 3.

ALBERTIN. — Lyon méd., tome 116, n° 17, le 23 av. 1911.

BERNARD. — Soc. anat. Février 1899, p. 198.

BENDER & LARDENNOIS. — Soc. anat., oct. 1904, p. 671.

BENDER & BUSLY. — Soc. anat., 1906, p. 261.

BUGGS. — North of engl. obst. and gyn. soc. 20 oct. 1908.

BASTAREL. — Thèse 1882.

- CRUVEILLER. — Anat. pathogén.
- CLAISE. — Thèse Paris, 1900.
- DONALD. — North of engl. obst. and gyn. soc. 16 fév. 1906.
- DARTIGUES. — Quinzaine thérapeutique, 1912, p. 48.
- DANIEL. — Rev. de gyn. et de chir. abd. 1903, p. 28.
- DOLERIS. — Métrite et fausses métrites.
- DELBET. — Soc. chir. Avril. 1908, p. 505.
- EASTMANN. — Assoc. méd. américaine. Juillet 1905.
- FERRONI. — Annali di Ost. e gynec. Rome XXXIII, n° 7, juillet 1911, p. 24.
- GUINARD. — Société de chirurgie, 12 février 1902.
- GUIBÉ. — Ann. de gyn. et d'obstétrique, juillet 1901.
- GYÉRY. — Th. Paris, 1900-1901, n° 275.
- GYON. — Th. d'agrégation.
- HARTMANN. — Annales d'obstét. et gyn. 1901, p. 193.
- KOBER. — *Beitrag zur Geburtshilfe und Gynock.* Tome VIII, p. 465.
- LEGUEU & MARIEN. — Soc. anat. 1896, p. 329.
- LECÈNE. — Ann. d'obst. et de gynéc. Août 1911, p. 449.
- LEGUEU. — Journal d'urologie. Janvier 1911.
- MORESTIN. — Novembre 1900. Soc. anat.
- MAUCLAIRE. — Soc. Chir. Mai 1906.

NEU & WOLF. — Munich méd. Wochen. Tome 59, n° 2,
le 9 janvier 1912.

POSHER & LEWEN. — Berl. Woch. 1895.

PAGNE. — Tourn. of Méd. assoc. 1911, n° 18, p. 1327.

POLLAILON. — Maladies des femmes. 1904, p. 324.

PELLANDA. — Th. Lyon, 1904-1905.

PIQUAND & SEMELAND. — Rev. de gynéc. et de chir. abd.
10 juin 1909.

PELLET. — Soc. anat. 1897, p. 368 et 1898, p. 293. — 1894,
p. 551.

PIQUAND. — Th. Paris, 1904-1905, n° 198.

POTHERAT. — Soc. chir. 8 juin 1900 et Soc. chir. 1903.

PETERSON. — Soc. de gynec. amer. Mai 1905.

QUENU. — Soc. chir. 1^{er} avril 1908.

RANGLAND & GHKA. — Soc. anat., janvier 1892.

SEBILEAU. — Rev. de chir. 1887. Tome VII.

STRÖBEKER. — Th. Paris, 1901-1902.

SITZENFREY. — Arch. f. gyn. 1911. Bd XCIV, tefl. I.

SEITZ. — Munich. med. Woch. LXIII, n° 24. 13 juin 1911.

SIREDEY & PETIT. — Soc. méd. hôp. 4 avril 1912.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS. — Séances du 28 octobre,
4 et 18 nov. 1903. 1^{er} juin 1904. 19 décemb. 1906.

SWIECIEL. — Nowing sekarkski. Posen 1901, p. 77.

TERRIER & REYMOND. — R. de chir. Avril 1900.

TRIDONDANI. — Annali di Obst. e gyn. 1899, p. 386.

TOUPET & SEBRET. — Soc. anat., fév. 1905, p. 157.

TCHOHADJITCH. — Th. Paris, 1910-1911.

ULMANN. — Assoc. franç. de chir. Congrès de 1909.

VAUHIN. — Rev. de gyn. et de chir. abd., sept. 1910.

WALTER. — North. of fug. obst. and gynec. Soc., 15 décembre 1905.

WINTER. — Berl. klin. Woch. 1905, n° 27, p. 842.

WINTER. — Zeitschr. Geb. und. gyn. 1901, tome 55, p. 49.

